



ASIA e.V.
Friedrich-Ebert-Damm 245
22159 Hamburg

Antrag

auf Aufnahme in den Arbeitskreis sozialmedizinisch interessierter Ärzte e.V.

Name: Frau / Herr Titel:

Vorname: Geb.-Datum:

Fachrichtung:

Anschrift (dienstlich)*:

Anschrift (privat):

*** Bitte auch Telefon- und Faxnummer sowie E-Mail-Adresse angeben !**

Ich stelle hiermit den Antrag, als Mitglied in den Arbeitskreis sozialmedizinisch interessierter Ärzte e.V. aufgenommen zu werden. Mein Mitgliedsbeitrag beträgt € 24,-- pro Jahr.

Ort/ Datum

Unterschrift

Arbeitskreis sozialmedizinisch interessierter Ärzte e.V. (ASIA) • Friedrich-Ebert-Damm 245 • 22159 Hamburg
☎ (040) 5300-2804 • Fax: (040) 5300-2093 • www.sozialmediziner.de • Email: info@sozialmediziner.de

Gemeinnütziger Verein, eingetragen in das Vereinsregister Hamburg unter VR 17049 am 11.09.2001
Bankverbindung: Dt. Apotheker- und Ärztebank • BLZ 200 906 02 • Konto 5344859